

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTASTASES CUTANÉES DE LA BLENNORRAGIE

DERMATITE GONOCOCCIQUE ET
KÉRATOSE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

ISAAC DAÏNOW

Médecin diplômé de la Confédération Suisse

PARIS

Imprimerie EDIP
90, rue d'Assas, 90

1 9 2 7 128

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MÉTASTASES CUTANÉES DE LA BLENNORRAGIE

DERMATITE GONOCOCCIQUE ET
KÉRATOSE BLENNORRAGIQUE

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de docteur en médecine

par

ISAAC DÄINOW

Médecin diplômé de la Confédération Suisse

PARIS

Imprimerie EDIP

90, rue d'Assas, 90

1 9 2 7

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
M. le Professeur Ch. DU BOIS, autorise l'impression de la
présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 13 décembre 1927.

Le Doyen : Prof. M. ROCH.

QU'IL NOUS SOIT PERMIS D'EXPRIMER ICI A
MONSIEUR LE PROFESSEUR DU BOIS TOUTE
NOTRE GRATITUDE POUR LA BIENVEILLANCE
QU'IL NOUS A TÉMOIGNÉE, ET POUR LES CON-
SEILS QU'IL A BIEN VOULU NOUS DONNER AU
COURS DE CE TRAVAIL.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La blennorragie est une affection connue dès la plus haute antiquité.

En tant que maladie localisée aux voies génito-urinaires, elle est aujourd'hui parfaitement bien étudiée, et la thérapeutique en est à peu près établie.

Il n'en est pas de même de la blennorragie-maladie générale, dont certaines manifestations sont peu connues en raison de leur rareté, et dont le traitement est encore à l'étude.

Ayant eu le privilège de suivre, à la Clinique Dermatologique de l'Université de Genève, un cas de septicémie gonococcique à localisations métastatiques multiples, nous publions les résultats de nos observations et les conclusions que nous croyons pouvoir en tirer, à titre de contribution à l'étude des complications métastatiques cutanées de la blennorragie.

HISTORIQUE

A. Souplet, dans sa thèse *La Blennorragie, Maladie Générale*¹, envisageait trois causes possibles d'infection générale dans la blennorragie :

1° infection par le gonocoque lui-même;

2° infection par le gonocoque associé à d'autres microbes;

3° infection par des microbes vulgaires autres que le gonocoque.

« De toute nécessité, disait-il, il faudrait étudier l'état du sang chez les blennorragiques, avant de rien conclure de précis. »

Ce fut Hewes, en 1894, qui démontra la présence du gonocoque dans le sang de deux malades atteints de rhumatisme blennorragique polyarticulaire, établissant ainsi l'étiologie des divers troubles généraux observés dans la blennorragie, et dont l'origine avait été pendant si longtemps discutée.

En 1906, Lemierre et Faure-Beaulieu pouvaient réunir 34 cas de septicémie gonococcique, et, la même année, Faure-Beaulieu en faisait dans sa thèse l'étude bactériologique et clinique.

Depuis, les observations se sont multipliées, et les publications récentes de Debré et Paraf, de Faure-Beaulieu et de Jausion groupent en un tableau d'ensemble ce que l'on sait aujourd'hui de la gonococcie.

1. Paris, 1893.

GÉNÉRALITÉS

Au cours d'une infection blennorragique banale, et dans certaines circonstances exceptionnelles qui sont encore mal connues, le gonocoque pénètre dans le sang circulant, et détermine une infection générale d'un type particulier. Cette migration du gonocoque se fait par voie veineuse, et, dans la majorité des cas, lorsque l'urèthre postérieur, la prostate ou la vessie, l'utérus ou les annexes sont atteints.

Le microbe gagne alors les volumineux plexus veineux qui entourent ces régions, et de là s'achemine vers la circulation générale.

Beaucoup plus rarement, la septicémie succède à une blennorragie vulgaire, à une vulvite¹, à une conjonctivite², ou même se manifeste en l'absence de blennorragie initiale reconnue³.

Dans la règle, le gonocoque ne pullule pas dans le sang⁴. La gonohémie se fait sous forme de décharges rapides et passagères du microbe, qui se fixe immédiatement sur un ou plusieurs organes éloignés du foyer primitif, où il détermine une infection secondaire : la septicémie gonococcique est une septicémie à métastases.

Le moment où se manifestent les accidents métastatiques est variable : le plus souvent dans les premières semaines de la blennorragie ; quelquefois des années

1. Marfan et Debré.

2. Paulsen.

3. Oettinger, P.L. Marie et Morange.

4. Faure-Beaulieu ne peut rapporter que deux cas de septicémie gonococcique pure.

après : huit ans dans un cas de Pissavy et Rendu; quelquefois dès les premiers jours qui suivent la contamination, comme dans le cas que nous publions ici.

Nous n'étudierons dans ce travail que les métastases cutanées de la blennorrhagie semblables à celles que nous avons observées sur notre malade, et que l'on classe, à tort croyons-nous, dans les kératoses blennoragiques.

OBSERVATION PERSONNELLE

Recueillie à la Clinique Dermatologique Universitaire
de Genève. *Directeur* : Professeur Du Bois

Il s'agit d'un homme de 42 ans, Ernest W..., mécanicien.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES : rien de particulier.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : rougeole dans l'enfance. A 30 ans, une poussée de *rhumatisme articulaire aigu*, localisé à l'épaule gauche.

Marié depuis 13 ans, le malade est père d'une fillette de 12 ans, bien portante. Avant la naissance de cette enfant, fausse couche spontanée de 5 mois.

Le malade n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Le 28 juin 1927, il ressent de la brûlure à la miction, bientôt suivie d'un écoulement purulent blanc jaunâtre, pour lequel il est traité en ville jusqu'au 7 juillet. Le 7 juillet, le malade reçoit dans l'œil gauche un éclat de métal. Le soir, il ressent dans cet œil de la cuisson, et l'œil devient rouge.

Le lendemain, rougeur et cuisson de l'œil droit. Le malade entre à l'hôpital dans la soirée.

STATUS D'ENTRÉE. — Homme de taille moyenne, en état de nutrition médiocre, très abattu et souffrant d'une photophobie intense.

Les conjonctives bulbaires et palpébrales des deux côtés sont très fortement injectées. On note une légère injection périkératique. L'iris paraît terne; les réflexes pupillaires existent.

On trouve dans les culs-de-sacs conjonctivaux une sécrétion muco-purulente peu abondante, dans laquelle

ni l'examen microscopique ni les cultures n'ont décelé la présence de gonocoques.

En outre, le malade présente depuis la veille, aux deux épaules, des arthrites sans épanchement appréciable. L'épaule gauche, atteinte la première, est le siège de douleurs violentes et continues. Les douleurs sont beaucoup moins fortes dans l'épaule droite.

Un écoulement urétral abondant contient de nombreux gonocoques; les urines sont complètement troubles.

L'auscultation du cœur révèle à la pointe un gros souffle systolique qui se propage vers l'aisselle. Ce souffle doit avoir existé avant l'affection actuelle, au cours de laquelle il ne s'est jamais modifié. A l'examen des autres systèmes, on ne trouve rien de particulier.

9 juillet : Gonoréaction + + +.

Wassermann —.

Le malade est montré aux médecins de la Clinique Ophtalmologique qui posent le diagnostic de conjonctivite et iritis doubles, et prescrivent des lavages oculaires à l'eau boriquée, des instillations de collargol (3 gouttes par jour) et d'atropine (2 gouttes). En outre, le malade est mis au santal et au salicylate de soude (5 grammes par jour), et reçoit dans l'après-midi une injection intramusculaire de sérum antiméningococcique.

10 juillet : Le malade a passé une mauvaise nuit.

Au matin, ses yeux sont collés. La sécrétion conjonctivale est plus abondante que la veille. Les douleurs articulaires ont augmenté d'intensité.

11 juillet : La photophobie est moins forte; toutefois le malade ne peut pas encore garder les yeux ouverts. L'hypérémie est la même. Les pupilles sont dilatées; les douleurs articulaires violentes.

Dans l'idée que le malade fait une septicémie gonococcique, on suspend le traitement oculaire et l'on institue un traitement général sous forme d'injections intra-

veineuses de sérum antigonococcique. On continue cependant le traitement de l'écoulement par le santal (15 jours), par des capsules de copahu (15 jours), puis par des injections de sulfate de zinc.

Nous préparons la solution suivante :

Sérum antigonococcique.	7 cc.
Sérum physiologique à 9 ‰.....	58 cc.
Hyposulfite de soude à 20 ‰.....	12 cc.

A 16 heures, le malade reçoit une injection préparante (intramusculaire) de 5 cc. de cette solution.

A 16 h. 30, 15 gouttes de coramine *intus*.

A 16 h. 45, injection intraveineuse de 1 cc. de la solution de sérum antigonococcique à laquelle on a ajouté 5 gouttes d'adrénaline à 1 ‰.

A 17 heures, même injection intraveineuse de 2 cc.

A 17 h. 10, le malade annonce que la douleur de son épaule gauche, qui était violente et continue, devient moins forte, et intermittente.

De 17 h. 45 à 18 h. 15, injection intraveineuse de 50 cc. de la solution de sérum antigonococcique. L'injection est très bien supportée, et ne produit aucune réaction quelconque¹.

Au moment de faire l'injection, on constate sur la face antérieure des cuisses du malade *quelques rares pustulettes entourées d'un liseré rouge vif*, auxquelles on ne prête aucune importance.

1. PAUL RAVAUD ET DUCOURTIOUX : « Traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique. » *Annales de Derm. et de Syph.*, 5 mai 1927.

Par suite d'une erreur d'interprétation dont nous ne sommes personnellement pas responsables, le malade a reçu des doses de sérum antigonococcique beaucoup moins fortes que celles indiquées par les auteurs de l'article.

« Le sérum ne doit jamais être employé pur, disent-ils. Le sérum dilué est infiniment moins shockant que le sérum pur. En outre, la dilution permet d'injecter avec une extrême lenteur. Nous préparons pour chaque injection une dilution de 40 cc. de sérum antigonococcique. »

L'erreur commise dans l'application de ce traitement à notre malade consistait à penser qu'il fallait injecter 40 centimètres cubes d'une dilution à 10 % de sérum antigonococcique, alors qu'il s'agissait de 40 centimètres cubes de sérum dilués dans dix fois autant de sérum physiologique.

12 juillet : L'état des yeux s'est beaucoup amélioré : le malade les tient ouverts. La photophobie a disparu. Les conjonctives bulbaires sont moins injectées. Dans le voisinage de la cornée, on voit des épanchements sanguinolents sous-conjonctivaux. Les cornées sont normales. Les pupilles, dilatées *ad maximum*. Pas de synéchies visibles; pas de réaction pupillaire. Le fond de l'œil est normal. La sécrétion conjonctivale est peu abondante.

Les douleurs articulaires ont augmenté d'intensité; l'épaule droite est aussi douloureuse que la gauche.

13 juillet : Amélioration de l'état oculaire et articulaire.

L'hypérémie des conjonctives bulbaires a presque disparu. Seuls demeurent les épanchements sanguins sous-conjonctivaux au voisinage de la cornée. La sécrétion est presque tarie.

La douleur, qui a diminué d'intensité, est aujourd'hui plus vive dans l'épaule *droite* que dans la gauche.

Le malade transpire abondamment.

Au moment de faire la 2^e injection de sérum antigonococcique, on constate sur le dos, les fesses, les cuisses et le ventre du malade *une abondante éruption* qui se présente sous l'aspect de petites papules arrondies, nettement délimitées, de 2-3 millimètres de diamètre, de couleur rouge vif.

Quelques-une sont centrées d'une pustulette de la grandeur d'une tête d'épingle, d'autres d'une petite squamo-croûte brunâtre, d'autres encore, d'où la croûte s'est détachée, demeurent cerclées d'une mince colle-rette squameuse, décollée.

Les pustules contiennent un pus blanc-jaunâtre, dont l'examen microscopique révèle *de nombreux diplocoques intracellulaires Gram négatifs*, ayant l'aspect de gonocoques typiques. Ce pus est mis en culture. On prélève au-dessus de l'ombilic un fragment de peau portant deux pustulettes.

2^e injection de sérum antigonococcique. Pas de réaction. Les quantités de sérum et la technique de l'injec-

tion, qui sont les mêmes que la première fois, ne seront pas modifiées au cours du traitement.

14 juillet : L'amélioration oculaire et articulaire se poursuit. Pas de modification de l'éruption.

15 juillet : *Le malade note une sensation de tension dans son genou gauche.*

Les douleurs des épaules diminuent d'intensité. Les pustules ont disparu. L'éruption ne compte plus que des squamo-croûtes brunâtres entourées d'une auréole rouge, et des papules cuivrées, cerclées d'une mince collerette squameuse. Amélioration de l'état oculaire.

3^e injection de sérum, suivie d'une rapide ascension de la température (38°5).

16 juillet : On constate sur le ventre, le pubis, sur la face antéro-interne des jambes, au niveau des malléoles, sur les fesses du malade *une nouvelle poussée de l'éruption*, qui se présente à nous comme la précédente, composée d'éléments semblables à des stades d'évolution différents.

Les pustules les plus petites contiennent un pus blanc-jaunâtre, et sont entourées d'un halo rose pâle.

Les plus grosses contiennent un pus légèrement plus foncé, et sont entourées d'un liseré rouge.

Quelques-unes se sont ombiliquées: elles portent au centre une épaisse croûte brune, de surface irrégulière, et sont entourées d'une auréole rouge-vif, ce qui leur donne l'aspect particulier d'un élément à trois zones.

Ailleurs, la croûte centrale s'est accrue: elle est maintenue en place par une mince cuticule blanchâtre; un halo rouge l'entoure, qui pâlit graduellement pour se confondre avec le tissu sain de la périphérie. Sous la croûte, il n'y a plus de pus.

L'amélioration oculaire progresse. Les douleurs ont diminué d'intensité. Le malade peut faire avec les bras quelques mouvements spontanés.

17 juillet : Le malade se plaint de douleurs dans la région lombaire.

18 juillet : Deux nouvelles articulations se prennent : le genou droit, qui est légèrement augmenté de volume, et l'articulation phalango-phalangienne de l'index droit, qui est augmentée de volume et dure.

Le malade ne peut fléchir ce doigt que très incomplètement.

4^e injection de sérum, suivie d'un frisson intense et d'une forte élévation thermique (39° 1).

19 juillet : Les épaules sont moins douloureuses, les mouvements des bras plus libres. Le genou droit est très douloureux, avec un épanchement peu considérable, et légèrement fluctuant.

20 juillet : 5^e injection de sérum.

Pensant que le violent frisson ressenti par le malade lors de la dernière injection pouvait être dû à l'adrénaline, nous n'en mettons point aujourd'hui dans notre solution. L'injection est suivie d'un violent frisson et la température monte à 40° 3.

21 juillet : Les épaules sont moins douloureuses, de même que le genou droit, qui est moins volumineux. On note, au coin de l'œil gauche, une petite éruption ressemblant à de l'herpès.

22 juillet : On ne trouve plus, sur le corps entier du malade, que deux minuscules pustulettes. Le pus qu'elles renferment contient des diplocoques intracellulaires Gram négatifs. Le reste de l'éruption se compose des croûtelles déjà décrites, et qu'une mince cuticule blanchâtre maintient en place. Par endroits, les croûtelles tombées mettent à jour des papules cuivrées entourées d'une collerette blanche.

Les douleurs sont légères dans les épaules, violentes dans le genou droit. Le moindre mouvement provoque dans cette articulation une douleur intolérable.

6^e injection de sérum, sans adrénaline.

La technique est la même que lors des injections précédentes.

Au 28^e centimètre cube de l'injection, *le malade fait un shock extrêmement violent*, avec rougeur subite de la face, œdème instantané des paupières et des lèvres, obnubilation partielle, respiration superficielle et difficile, gêne de la parole, enrouement, extinction presque complète de la voix, pouls filiforme.

Au bout d'une demi-heure, et après un traitement énergique, (adrénaline, coramine intraveineuse et sous-cutanée, caféine, huile camphrée), le malade se sent mieux.

Le lendemain, le malade se sent bien; la douleur du genou est beaucoup moins forte.

24 juillet : La douleur est minime aux épaules, et *presque abolie au genou*. Le malade fléchit et remue librement sa jambe. L'état oculaire est très satisfaisant; très peu de sécrétion dans les culs-de-sacs; la muqueuse palpébrale est encore un peu boursouflée, et la conjonctive bulbaire légèrement injectée.

25 juillet : Le malade ressent une vive douleur dans le genou *gauche*. La douleur disparaît le lendemain, puis reparaît et persiste.

Devant la violence du shock que vient de présenter le malade, on renonce aux injections de sérum.

Les arthrites sont traitées par des applications locales d'ichtyol pur, puis par la diathermie. Les yeux, par des lavages à l'eau boriquée.

28 juillet : La presque totalité des croûtelles s'est détachée. Il se fait autour des éléments ainsi transformés une desquamation intense : l'épiderme s'exfolie en très minces lamelles grisâtres. Puis, au bout de quelques jours, le processus de desquamation prend fin, et l'emplacement des éléments éruptifs disparus reste marqué d'une légère macule cuivrée qui pâlit graduellement, et qui est encore nettement visible trois mois plus tard, au moment où le malade quitte l'hôpital.

2 août : On constate sur le dos de la main gauche, au milieu de la première phalange de l'index et de l'auriculaire, *deux nouvelles pustules* dont la plus volumineuse a la grosseur d'une lentille. Les deux sont entourées d'une zone inflammatoire rouge, et leur contenu, examiné au microscope, montre des diplocoques intracellulaires Gram négatifs.

5 août : Le malade est mis aux injections de sulfate de zinc.

7 août : Apparition de *douleurs fugaces dans la main gauche*.

8 août : On fait au malade une injection intramusculaire de 5 cc. de lait, qui n'occasionne pas de réaction thermique considérable (température 37°9) mais qui fatigue le malade.

10 août : L'écoulement a disparu.

11 août : 2^e injection intramusculaire de 5 cc. de lait. Assez forte réaction thermique : 38°7.

Ces injections, qui font souffrir le malade et le fatiguent sans l'améliorer, ne sont pas continuées.

Du 16 au 21 août : Les articulations métatarso-phalangiennes des 2^e et 3^e orteils droits se prennent.

21 août : *Tuméfaction du dos du pied droit*, avec sensation de cuisson, et difficulté au mouvement des orteils. Pas de crépitation. L'articulation métatarso-phalangienne des 2^e et 3^e orteils du pied droit est douloureuse et tuméfiée. Sur les bords interne et externe du plateau tibial droit, *deux points douloureux nettement localisés sont apparus*.

Dans l'aîne et le triangle de Scarpa, des deux côtés, on sent plusieurs ganglions indurés et légèrement douloureux.

23 août : On fait au malade une cutiréaction à la tuberculine et une intradermoréaction au 1/100.000, au 1/10.000, au 1/1.000.

La cutiréaction est +.

L'intradermoréaction + au 1/1.000.

26 août : On fait un examen complet du système génito-urinaire du malade : pas d'écoulement; les urines contiennent des phosphates, du mucus et des débris filamenteux. Le lavage de l'urèthre antérieur est positif; après le lavage, les urines sont louches (phosphates) avec quelques petits filaments.

Toucher rectal : prostate (surtout le lobe gauche) augmentée de volume, molle et peu douloureuse. Après massage prostatique, urines complètement troubles, avec de nombreux débris.

Grands lavages journaliers au permanganate; le soir, une injection de permanganate; tous les deux jours massage de la prostate.

29 août : On commence des massages sur les épaules et les genoux.

2 septembre : Douleur au niveau du tendon d'Achille droit, et sensation de tension à la plante du pied, que le malade ne peut fléchir. Persistance de la douleur à la racine des orteils. Aux genoux, elle a complètement disparu, et le malade meut librement les jambes.

Au niveau du plateau tibial, la douleur est fortement atténuée. Les mouvements des articulations scapulo-humérales demeurent très limités.

9 septembre : L'hypérémie conjonctivale a disparu, un peu de sécrétion persiste. Collargol.

15 septembre : En s'éveillant, le malade ne peut ouvrir son œil droit; la lumière lui fait très mal. Le soir, il ressent dans l'œil, au niveau du rebord supérieur de l'orbite, une douleur assez vive. Le malade se plaint en outre de fatigue, de manque d'appétit.

Douleur au niveau du tendon d'Achille gauche.

16 septembre : L'œil est très douloureux, la photophobie intense. Injection légère des conjonctives palpébrales, injection intense de la conjonctive bulbaire. Injection périkeratique. *Cornée intacte*. Iris terne. Les réactions pupillaires sont conservées. Il semble pourtant que des synéchies postérieures existent, la pupille ne se dilatant pas uniformément à l'obscurité. Le malade est montré à un médecin de la Clinique Ophtalmologique, qui diagnostique une *irido-cyclite* et prescrit des compresses chaudes et des instillations d'atropine. La sécrétion conjonctivale muco-purulente, très peu abondante, est examinée au microscope. Sur un frottis coloré au bleu de méthylène, on voit un globule de pus contenant des diplocoques ayant l'aspect de gonocoques. Mais on ne retrouve plus de diplocoques dans les nombreux frottis faits ensuite, ni dans les cultures faites à partir de cette sécrétion.

Une hémoculture faite le jour même sur bouillon ascite est positive; c'est ue abondante culture de diplocoques Gram négatifs, ayant les dimensions et l'aspect des gonocoques.

17 septembre : L'œil est moins douloureux, et la photophobie moins intense. On constate l'existence de synéchies postérieures sur les bords externe et supérieur de la pupille.

18 septembre : Aucun changement.

On institue de nouveau un traitement général sous forme d'un vaccin antigonococcique, le Néo-Dmégon, dont le malade reçoit une demi-ampoule.

19 septembre : Légère amélioration de l'état oculaire et général. Chûte de la température. Douleurs au niveau des tendons d'Achille et surtout dans la région lombaire. Ces douleurs empêchent le malade de dormir. (Une ampoule de Néo-Dmégon).

20 septembre : Le malade se sent beaucoup mieux : il se lève. Point de fièvre. Diminution de la douleur au

niveau du rebord orbitaire, mais sensation douloureuse dans l'intérieur de l'œil. La sécrétion conjonctivale est presque tarie. Le malade est montré à la consultation d'ophtalmologie où notre diagnostic d'irido-cyclite métastatique (la cornée est intacte) est confirmé.

Frictions à l'onguent napolitain, compresses chaudes, atropine.

25 septembre : La photophobie a disparu.

L'injection conjonctivale et périkératique a presque disparu.

24 septembre : Disparition de la douleur oculaire et de l'hypérémie. Iris beaucoup moins terne. Amélioration notable de l'état général. Le malade supporte très bien le vaccin¹ et la reprise de la diathermie et du massage.

Dès ce moment, l'état du malade s'améliore. Au cours des deux mois qui suivent, et malgré trois nouvelles localisations douloureuses — à l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit, survenue le 26 septembre, au niveau du bord interne du plateau tibial gauche le 4 octobre, et aux articulations métatarso-phalangiennes droites indemnes jusqu'alors, le 22 octobre -- le malade reprend des forces et du poids.

Il quitte notre service le 23 novembre.

A ce moment les urines sont complètement claires et ne contiennent aucun débris.

La prostate, de consistance et de volume normaux, est indolore; après massage prostatique, les urines sont louches, et l'examen microscopique du culot de centrifugation révèle quelques polynucléaires.

Le malade ressent de très légères douleurs dans les articulations scapulo-humérales, et les mouvements des bras sont encore limités.

1. Au cours du traitement, nous avons dû recourir, faute de Néo-Dmégon, au vaccin antigonococcique Bruschettini. Le malade a reçu en tout 35 ampoules de vaccin : 16 de Néo-Dmégon et 19 de Bruschettini. Alors que le Néo-Dmégon n'a jamais produit de réaction thermique, le Bruschettini a occasionné deux fois une ascension de la température au dessus de 39°, après laquelle le malade se sentait très amélioré.

DIAGNOSTIC

Il s'agit d'un homme atteint d'une blennorrhagie totale aiguë, et qui présenta successivement deux atteintes oculaires: conjonctivite et iritis la première fois, conjonctivite et iridocyclite la seconde; un rhumatisme polyartculaire; enfin une éruption cutanée de pustules, dans le pus desquelles on trouva un diplocoque intracellulaire en grain de café, Gram négatif.

Les cultures de la sécrétion conjonctivale, faites avec infiniment de soin par M. le Docteur PIOTROWSKY, chef de laboratoire à la Clinique Ophtalmologique, lors de la première atteinte oculaire, et par nous-mêmes lors de la seconde, n'ont jamais révélé la présence du gonocoque; et, la cornée étant restée intacte, la nature endogène, métastatique, des poussées oculaires, s'imposait.

L'allure du rhumatisme, qui toucha plusieurs articulations et ne se fixa qu'aux épaules — « le rhumatisme blennorrhagique lèche plusieurs articulations, mais il en mord une ! » (Mathieu) — la gonoréaction, qui est une des réactions sérologiques les plus précises, et qui fut très positive, la blennorrhagie uréthrale, le caractère des atteintes oculaires qui l'accompagnaient, ne laissent subsister aucun doute sur la nature blennorrhagique de la septicémie.

L'hémoculture positive, et qui était une culture abondante et pure de diplocoques Gram négatifs, vient, en l'absence même de toute identification, confirmer qu'il s'agit d'une septicémie gonococcique.

A moins d'admettre qu'il n'y ait pas, entre le microbe trouvé dans le sang et les phénomènes morbides présentés par notre malade, de relation de cause à effet : car on ne connaît pas de diplocoque autre que le gonocoque qui fasse des arthrites et des métastases oculaires.

Quant à l'éruption de pustules cutanées que nous avons observée dans ce cas et qui fait l'objet de ce travail, c'est une complication de la blennorragie, très rare, métastatique comme nous le verrons par la suite, qui a été décrite dans plusieurs cas de septicémie gonococcique et confondue avec la kératodermie blennorragique.

Nous avons pu réunir quatre observations typiques d'éruptions pustuleuses à gonocoques.

Nous croyons en outre pouvoir classer dans le même groupe une observation de CHAUFFARD, devenue classique, et une observation de JEANSELME et BLAMOUTIER, bien que leur auteurs les interprètent d'une façon différente.

En regard de ces six observations nous résumerons deux observations de kératodermie blennorragique que nous avons choisies parmi les plus typiques, et nous nous efforcerons de démontrer que les éruptions pustuleuses à gonocoques et la kératodermie blennorragique sont deux complications cutanées de la blennorragie totalement différentes l'une de l'autre.

OBSERVATIONS

1. — OBSERVATIONS DE PAULSEN (RÉSUMÉES)

Paulsen rapporte quelques cas d'éruptions de pustules à gonocoques chez les nouveaux-nés. Ces éruptions étaient précédées d'ophtalmoblennorrhée. La mère souffrait d'un écoulement blennorragique.

Le petit W... présenta, deux jours après sa naissance, une forte ophtalmoblennorrhée. Au 9^e jour, une tuméfaction du genou gauche; au 12^e jour, une tuméfaction du genou droit. Le genou droit guérit spontanément; le gauche suppura, et dût être incisé au bout de 18 jours de maladie. Le pus qui s'en écoula contenait uniquement des gonocoques. L'enfant présenta en outre une tuméfaction de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit.

Le 18^e jour, les jambes se couvrirent d'un grand nombre de papules et de pustules, dont le pus contenait des gonocoques; les pustules guérissent seulement après l'opération.

La mère souffrait d'un fort écoulement blennorragique.

La petite B... présenta, dix jours après sa naissance, un ganglion post-auriculaire fortement tuméfié et fluctuant, dont il sortit, à l'incision, une grande quantité de pus. Le corps de l'enfant était couvert d'un exanthème fin de papules et de pustules, qui semblaient ne s'être développées qu'après la tuméfaction de la glande.

L'ophtalmie avait été légère.

Le petit B... présenta quelques rares pustules sur la tête et le tronc. On trouva des gonocoques dans la sécrétion conjonctivale. Cliniquement, les yeux n'offraient rien d'anormal.

Le petit L... présenta sur la tête et le visage quelques rares pustules qui disparurent en quelques jours. On trouva, dans la sécrétion conjonctivale, des gonocoques qui ne provoquèrent pas de phénomènes cliniques.

2. — OBSERVATION DE GAGER (RÉSUMÉE)

Homme de 41 ans. Première blennorragie à 21 ans. Seconde blennorragie, le 2 juillet 1921, accompagnée d'une balanite, et, quelques jours après, d'une éruption généralisée sur tout le corps, principalement sur la région fessière, les cuisses, les pieds, les avant-bras et les bras.

L'éruption débuta par des vésicules reposant sur une lésion érythémateuse ; puis les vésicules donnèrent des pustules et s'hyperkératinisèrent. L'examen du pus des lésions cutanées et de l'urèthre montra de nombreuses cellules de pus, et un diplocoque extra-cellulaire ne prenant pas le Gram.

3. — OBSERVATION DE SCHAEFFER ET BARON (RÉSUMÉE)

La malade, jeune femme atteinte d'une blennorragie aiguë, datant de quelques mois, fit une gonococcémie caractérisée par une fièvre rémittente ayant duré trois mois, et des localisations métastatiques successives, articulaires, cardiaque, méningée et cutanée. Deux hémocultures positives. Ankiloses.

Environ trois mois après le début des douleurs articulaires qui avaient amené la malade à l'hôpital, on constatait aux membres inférieurs, sur les plans d'extension, et aussi un peu sur la face, l'apparition d'une véritable pyodermite constituée par de petites pustules grosses comme une petite lentille, remplies de pus, entourées d'une auréole rougeâtre nettement purpurique. L'éruption, très discrète sur la face, était plus confluyente sur les jambes. Pas d'éléments sur le tronc, ni sur les membres supérieurs.

L'examen direct du pus montra la présence de gonococques à l'état pur, sans autre élément microbien.

L'éruption se dessécha en l'espace d'une quinzaine de jours, et desquama sans laisser de cicatrices ni de keratose.

« La présence du gonocoque à l'état pur dans les pustules, permet de considérer cette pyodermite comme une véritable métastase, fait déjà signalé dans certains érythèmes, au cours de la gonococcémie ».

4. — OBSERVATION DE DU BOIS (RÉSUMÉE)

Célibataire de 29 ans.

A 18 ans, première blennorragie.

A 22 ans, seconde et nouvelle blennorragie, suivie de rhumatisme polyarticulaire et de phénomènes cutanés, qui

se reproduisirent à l'occasion d'une troisième blennorrhagie survenue cinq ans plus tard.

Cette troisième blennorrhagie se compliqua, au 25^e jour, d'une coxalgie grave, amenant le malade à l'hôpital. D'autres articulations se prennent, aux pieds, aux mains, à une épaule ; et partout les réactions, très douloureuses, sont sans gonflement marqué.

Puis apparaissent, sur la face antérieure du tronc, des taches rondes, cuivrées, en amas irréguliers, mais nettement isolées les unes des autres, non purigineuses. Elles font penser à une syphilide maculeuse.

Le lendemain, chaque macule est remplacée par une pustule de même grandeur, fortement bombée par un pus jaunâtre.

Ces pustules, d'abord s'ombiliquent légèrement, à mesure qu'à leur pourtour se dessine, de jour en jour plus net, un liseré rouge vif ; puis, sur l'ombilication centrale, s'élève une croûte conique, brunâtre, dure et vernissée, coiffant la pustule et lui donnant son aspect caractéristique d'éléments à trois zones.

A ce moment, le contenu purulent est encore très liquide et le cône central se laisse déprimer par la pression jusqu'à la couche épidermique sous-jacente.

Cette période d'état a duré quinze jours.

Dans la troisième semaine, le pus s'est épaissi, les éléments se sont affaissés, les cônes, en s'élargissant, ont adhéré et la lésion est devenue une squamo-croûte rugueuse, en relief géographique. A la fin du mois, ces squamo-croûtes tombèrent toutes le même jour, par desquamation spontanée, laissant à leur place des macules légèrement pigmentées.

Quatre mois plus tard, le malade fit une rechute, accompagnée d'une poussée rhumatismale généralisée presque à toutes les articulations. La septicémie s'est compliquée cette fois, sur les pieds et les mains, d'une éruption de placards squamo-croûteux, rappelant les lésions impétigineuses.

Les placards s'accroissent par extension périphérique, en décollant la couche cornée, et tendent à confluer pour former des nappes diffuses.

Ces productions adhèrent fortement à l'épiderme érodé. Au pourtour des ongles, dont le bord libre est épaissi par des stratifications squameuses, elles décollent par une suppuration constante la partie radulaire.

Toutes ces lésions, en apparence si différentes des pustules abdominales de l'éruption précédente, ont débuté néanmoins par les mêmes éléments, le malade l'affirme : et sur la plante du pied droit on peut en effet encore consta-

ter la présence d'un de ces éléments primitifs, quelque peu modifié par l'épaisseur de la couche cornée.

L'examen sur frottis du pus des pustules a montré qu'il contenait, en plus des formes cellulaires habituelles, des gonocoques abondants intra et extra-cellulaires sans aucune association microbienne.

Les cultures sur tous les milieux appropriés ont toujours donné naissance à des colonies gonococciques pures.

Dans les pustules plus âgées, l'anneau purulent qui entoure le cône éroûteux ne contient plus qu'une boue de cellules épidermiques dissociées et de cellules migratrices, dans laquelle le gonocoque a presque disparu. Très difficile à mettre en évidence dans les frottis, il donne dans les cultures de rares colonies, toujours pures. Enfin, au stade terminal, quand le cône élargi par la concrétion de tout le pus s'est entouré de la collerette squameuse qui le fixe sur l'épiderme, la recherche du gonocoque est inutile. Il n'y en a plus. Il a été digéré ou entraîné dans les stratifications squameuses, où sa présence est impossible à déceler.

Des biopsies coupées en série ont donné des images histologiques intéressantes et nouvelles. Elles établissent d'abord que les pustules sont totalement indépendantes des orifices folliculaires et glandulaires.

Loin dans la profondeur, les vaisseaux, et surtout le vaisseau qui correspond en général au centre de l'élément, prouvent par leur dilatation et l'infiltration qui les entoure la part qu'ils prennent à la réaction.

A mesure qu'on s'approche de l'épiderme, l'infiltration augmente d'intensité, les cellules conjonctives sont en prolifération marquée, les mastzellen abondantes.

Dans les papilles très allongées par le développement des bourgeons interpapillaires, une congestion intense est suivie d'une forte diapédèse, les cellules migrent à travers l'épiderme et forment à sa surface de véritables petits abcès.

Les papilles sont ensuite refoulées par une exosérose, qui transforme leurs sommets en autant de petites lacunes régulières.

Toute cette activité circulatoire est à la base de la production éruptive, dont l'épiderme fournit en partie les matériaux.

L'hyperacanthose des bourgeons interpapillaires s'étend exactement d'une limite à l'autre de l'élément et forme un plateau sous-jacent, qui doit exister déjà dans la macule prééruptive. Les cellules épidermiques sont toutes augmentées de volume, et les basales montrent de nombreuses figures kariokynétiques.

Celles des couches supérieures se disloquent à mesure qu'elles approchent de la surface, et, dans les altérations

vacuolaires de plusieurs, les polynucléaires voisinent avec les diplocoques ayant tous les caractères des gonocoques.

Le stratum granulosum a disparu ; et les dernières couches de cellules crênelées, farcies de cellules migratrices, forment des litières de parakératose englobant des micro-abcès comme dans le psoriasis.

Au niveau de l'anneau périphérique érythémateux, une violente congestion gonfle les papilles, et une hyperkératose légère consolide l'enveloppe de la pustule.

Le cône croûteux, qui n'a rien de « corné », se constitue par le tassement progressif des litières de parakératose.

Assez mou dans les premiers jours, il devient dur et rugueux, mais reste toujours une croûte. Sa localisation toujours centrale est favorisée par le travail continu de sécrétion périphérique, et sa forme conique doit dépendre des pressions latérales.

La squamo-croûte accidentée qui représente le stade terminal de cette évolution n'a pas grand intérêt histologique.

Difficile à couper en série sans macération préalable, elle montre les mêmes lésions en résolution, la diminution de l'infiltration, l'affaissement du plateau d'hyperacanthose, le retour progressif à l'état normal qui se fait sans aucune cicatrice macro- ou microscopique.

Dans la seconde éruption, celle cantonnée aux mains et aux pieds, les lésions en apparence fort différentes ne furent, en réalité, que le produit d'une autre évolution des mêmes lésions primitives.

Ces plaques croûteuses épaisses, rupioïdes, étaient composées comme les cônes, de pus desséché agglutinant des cellules épidermiques parakératosées.

Comme il ressort des observations qui précèdent, il existe une dermopathie blennorragique particulière, se traduisant par des éruptions de pustules à gonocoques.

Ces pustules évoluent en se desséchant de leur centre à la périphérie, ce qui leur donne, alors que la croûte centrale est déjà constituée, l'aspect caractéristique d'une cocarde. Puis la croûte s'accroît, occupe la surface entière de l'élément et se détache, laissant à la place qu'elle occupait une macule pigmentée.

L'étude histologique qu'a faite de ces lésions le Professeur Du Bois montre que le derme, autant que l'épiderme, prend part à la réaction cutanée dont elles sont le résultat ; et, fait particulièrement intéressant et sur

lequel il convient d'insister, que les lésions *croûteuses*, qui n'ont rien de corné, se constituent par le tassement progressif de litières de parakératose, et sont en *définitive* composées de pus agglutinant des cellules épidermiques parakératosées.

Quelle est la nature de ces lésions ?

Quel est le mécanisme de leur formation ?

Comment le gonocoque que l'on trouve dans les lésions y a-t-il pénétré ?

Les biopsies coupées en série par Du Bois montrèrent que « les pustules sont totalement indépendantes des orifices folliculaires et glandulaires, ce qui diminue la valeur de l'hypothèse d'une inoculation exogène; que les réactions sont tout aussi importantes, si ce n'est plus, au niveau du derme qu'à celui de l'épiderme et que, loin dans la profondeur, les vaisseaux et surtout le vaisseau qui correspond en général au centre de l'élément, prouvent par leur dilatation et l'infiltration qui les entoure, la part qu'ils prennent à la réaction. »

Par ailleurs, AUDRY, faisant l'étude histologique d'un cas d'érythèmes blennorragiques variés présentés par un même individu, montre également le rôle important que jouent les vaisseaux sous-épidermiques dans ces éruptions.

« Immédiatement au-dessous de l'épithélium, infiltration dense et continue de polynucléaires. Ceux-ci sont disposés dans un réticulum qui représente les débris des faisceaux conjonctifs à peu près détruits. Le tout est parcouru de nombreux vaisseaux fortement dilatés et remplis de sang.

« Un certain nombre de ces vaisseaux sanguins, artérioles ou veinules, présentent une tuméfaction énorme de leur endothélium : quelques-uns en sont presque complètement obstrués. Cette altération se retrouve dans les vaisseaux les plus périphériques, ceux qui avoisinent immédiatement l'épithélium. Sur un point, le tissu est complètement détruit. Il n'y a plus que des polynucléaires et quelques lymphocytes, le tout formant un véritable abcès. Cet abcès est manifestement formé autour

d'une hémorragie ancienne qui en est le centre, et où apparaissent encore quelques débris de fibres conjonctives.

« Au pourtour des infiltrats puriformes, il subsiste des bandes conjonctives entre lesquelles sont accumulés des débris de noyaux. Un grand nombre de polynucléaires contiennent des gonocoques typiques par leur forme, leur aggrégation, leur siège intraleucocytaire; ils se décolorent par le Gram. »

Enfin E. BRUUSGAARD et Th. THJOTTA, dans un cas de blennorrhagie compliquée de purpura, d'une arthrite, d'une méningite avec prostatite et épидидymite, ont trouvé le gonocoque par hémoculture, dans le liquide céphalo-rachidien, et sur les coupes histologiques du purpura. Sur les coupes, *les vaisseaux superficiels sont entourés d'un manchon inflammatoire; quelques-uns sont tapissés, sur leur face endothéliale, de colonies microbiennes. On trouve des gonocoques dans les leucocytes intravasculaires et dans le tissu autour des vaisseaux.*

Les réactions du derme observées par DU BOIS, par AUDRY, les modifications vasculaires qu'ils ont décrites et qui correspondent à celles qu'ont décrites Bruusgaard et Thjotta, la découverte, enfin, par ceux-ci, de gonocoques dans les leucocytes *intravasculaires*, prouvent d'une manière indiscutable la nature métastatique des éruptions cutanées dans la blennorrhagie.

Le fait qu'on n'a pas décrit de gonocoques intravasculaires dans les quelques observations que l'on possède des éruptions pustuleuses à gonocoques ne constitue pas un argument contre leur origine métastatique. Il s'explique suffisamment par le nombre minime des cas observés, et surtout par le caractère même de la gonohémie, qui se fait par décharges rapides et passagères du microbe, ce qui rend singulièrement difficile la constatation du processus embolique en évolution.

DISCUSSION

L'aspect croûteux que présentent à un moment donné de leur évolution les éléments de l'éruption qui nous occupe, l'état septicémique grave qu'elle traduit, la blennorrhagie, les arthrites qui la plupart du temps l'accompagnent, ont fait qu'on a confondu cette dermatose avec une autre manifestation de la septicémie gonococcique qui apparaît dans des conditions analogues : la kératodermie blennorrhagique.

Deux grandes formes de la kératodermie blennorrhagique ont été décrites : les cônes cornés et les semelles kératosiques plantaires et palmaires.

Les deux observations qui suivent nous dispensent d'en donner une description détaillée.

1. — OBSERVATION DE L. JACQUET ET GHICA (RÉSUMÉE)

Blennorrhagie à 6 récurrences ; blennorhumatisme de forme aiguë, généralisée, à 5 récurrences : lésions blennotrophiques à 3 récurrences.

L'ongle de l'auriculaire gauche est soulevé à son extrémité par une masse cornée, épaisse, formée par plusieurs couches stratifiées, qui séparent l'ongle du derme sous unguéal, et se prolongent sur le côté sous forme de deux minces cornes qui circonscrivent les bords latéraux de l'ongle en se confondant insensiblement avec l'épiderme périunguéal.

... A la plante des pieds, l'épiderme est fissuré, crevassé, et se détache en squames très larges et très épaisses. Toute la semelle plantaire est formée d'une couche cornée, épaisse considérablement en certains points, de façon à former des saillies très régulièrement coniques à sommet un peu émoussé, comparables par leur forme et leur dimension à un clou conique de tapissier.

Les dimensions de leurs bases sont celles d'une pièce de 20 cm. et même de 1 fr. Leur hauteur atteint 5 à 15 millimètres.

Nettement isolées par places, elles sont, d'ailleurs, très rapprochées, de sorte que primitivement distinctes elles deviennent confluentes, et donnent lieu à une saillie mamelonnée à sommet double, triple, ou même quadruple, donnant en miniature l'impression d'un massif montagneux à sommets multiples, comme les représenterait une carte de géographie en relief.

Les cornes sont dures, de consistance et de structure cornée, un peu translucides à leur sommet.

... Chaque corne, ainsi détachée, est creuse. Par sa base, elle se continue insensiblement avec l'épiderme de la plante du pied que l'on enlève avec elle par larges lambeaux.

Elle est exclusivement formée par une laine *cornée*, mince par la base, beaucoup plus épaisse vers le sommet. Il s'agit d'une *hyperkératinisation* coïncidant avec une hypertrophie papillaire.

...La corne au début fait corps et partie intégrante avec le tégument. Puis, au fur et à mesure que les couches *cornées* se multiplient, il se fait une séparation entre ces couches kératinisées et les couches sous-jacentes, et cette séparation marche de la périphérie vers le centre où l'adhérence cesse en dernier lieu. C'est à ce moment, que la corne tombe spontanément, ou peut être enlevée facilement.

2. — OBSERVATION DE VIDAL (RÉSUMÉE)

Eruption généralisée de croûtes cornées avec chute des ongles, d'origine blennorragique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature.

Récidive à la suite d'une nouvelle blennorragie, deux ans après la guérison de la première maladie.

Les lésions cutanées, qui ont commencé sur la région antérieure de la poitrine et sur le dos, se sont généralisées et sont symétriques.

Elles sont plus abondantes et forment des croûtes cornées plus épaisses aux extrémités et surtout aux paumes des mains, à la plante des pieds, aux orteils et autour des malléoles.

Le diamètre des croûtes isolées varie de deux à dix millimètres et même davantage. Les plus petites sont celles de la face et du tronc. Elles sont bombées ou côniques, dures,

cornées, s'exhaussant par couches successives, grandissant par leurs bords, et entourées d'un cercle en desquamation.

... L'éruption est discrète sur la face et le cuir chevelu ; on n'y voit que quelques petites croûtes cornées et disséminées, et on trouve des macules rouges qui ont succédé à des croûtes récemment tombées.

En descendant vers les jambes, les croûtes deviennent confluentes en bien des points : autour des malléoles, elles forment des plaques épaisses.

Les croûtes de cette région n'ont pas toutes le même aspect : les unes sont d'un jaune brunâtre transparent, (comme les croûtes des autres régions du corps), les autres sont plus jaunâtres, opaques, un peu pulvérulentes sur leurs bords ; ces dernières ont succédé à une éruption de vésicules, dont le liquide est devenu jaunâtre, séro-purulent, et s'est ensuite desséché.

Sous la plante des pieds, de larges croûtes forment des tubérosités dures, cornées. Elles couvrent, en une large plaque inégale et mamelonnée, la région du talon, etc...

Les coupes des productions cornées, examinées au microscope, ont la plus grande ressemblance avec celles d'une corne cutanée.

L'examen bactériologique fait par Monsieur Sabouraud a été négatif, comme celui que nous avons fait pendant la première maladie. Il n'a décelé dans ces productions cornées ni gonocoques, ni microbes pathogènes.

On le voit, la kératose blennorragique est une affection caractérisée par une hypertrophie de la couche cornée de la peau. C'est une kératodermie véritable, au même titre que les autres kératodermies que l'on connaît, et les lésions qu'elle détermine, très semblables d'aspect au stade terminal des pustules gonococciques, en diffèrent totalement par leur histologie.

Les observations qui suivent, et qui se rapportent à des cas où fut posé le diagnostic de kératodermie blennorragique, ont un grand intérêt au point de vue de la distinction que nous voulons établir entre cette affection et les éruptions de pustules à gonocoques.

L'observation de CHAUFFARD marque une phase nouvelle dans l'histoire de la kératodermie blennorragique.

1. Cette observation paraît démontrer sur le même individu l'existence simultanée d'une kératodermie blennorragique et d'une éruption de pustules à gonocoques.

Cette affection, considérée jusqu'alors comme une production cornée traduisant un trouble trophique cutané d'origine nerveuse, est présentée par cet auteur comme une infection exogène de la peau par le gonocoque, à la faveur d'une macération épidermique et sur un terrain prédisposé. En outre il décrit sous le nom de kératose blennorragique des lésions qui ne sont pas cornées, créant ainsi, ou du moins acceptant une confusion entre deux affections de nature différente.

Le cas de JEANSELME et BLAMOUTIER est le seul, avec celui de Gager, où l'on ait constaté la présence du gonocoque dans les lésions d'une kératodermie blennorragique.

Or, nous avons classé l'observation de Gager, sans même la discuter tant elle est typique, dans celles des éruptions pustuleuses à gonocoques, où nous croyons également devoir faire rentrer l'observation de JEANSELME et BLAMOUTIER.

1. — OBSERVATION DE CHAUFFARD (RÉSUMÉE)

Jeune homme de 22 ans. Gonorrhée depuis trois semaines. 8 jours après le début de l'écoulement, poussée de rhumatisme polyarticulaire. Une semaine plus tard, apparition des phénomènes cutanés. « Il s'agit d'une éruption symétrique qui s'est développée au niveau de la face dorsale des gros orteils et au bord interne du pied. La matrice de l'ongle du gros orteil est le siège d'une confluence des éléments. Ils sont encore confluent au niveau du premier espace interosseux métatarsien.

La face plantaire est envahie d'une façon diffuse. Au niveau de la face dorsale du pied, on retrouve de petits éléments isolés, lenticulaires, d'une couleur cuivrée et dont le centre dessine une saillie conique. Par contre, au niveau de la face dorsale du gros orteil, ce ne sont plus des cônes, mais des élévations irrégulières. Les éléments se sont juxtaposés et donnent au doigt la sensation produite par le toucher d'une carte en relief.

« Partout, autour de chaque élément corné, se distinguent deux corolles : une première, blanchâtre, fait croire au bord d'une vésicule sous-jacente ; et une deuxième plus périphérique, d'un rose tendre, qui s'estompe à mesure que l'on s'éloigne du centre ; c'est la couronne congestive. »

Pendant un mois, les manifestations infectieuses persistent, et en même temps, les éléments éruptifs des membres inférieurs gagnèrent en dimension transversale; leur sommet s'arrondit et s'exfolia légèrement par petites lamelles cornées. Les zones congestives disparurent. Des points d'acné se développèrent au niveau de la région fessière et subirent une transformation kératosique.

Un mois et demi après le début de l'éruption, ces éléments cornés tombèrent par grands placards, découvrant un épiderme rosé; une semelle plantaire épaisse desquama en masse. L'épiderme sous-jacent était peu ou pas pigmenté.

Les examens biopsiques pratiqués sur les éléments éruptifs de ce malade montrèrent « une couche malpighienne plus ou moins dissociée par les leucocytes et surmontée d'un amas de cellules parakératosiques retenant entre leurs couches successives une petite quantité de sérosité desséchée, et surtout un nombre considérable de leucocytes rétractés, dissociés, comme momifiés. »

Il nous paraît évident que le malade observé par CHAUFFARD a présenté une éruption méconnue de pustules à gonocoques. L'aspect si caractéristique des lésions en cocarde, l'examen biopsique analogue à celui décrit par Du Bois, la poussée d'acné qui subit une transformation kératosique et qui n'est que le stade pustuleux de l'éruption où la recherche du gonocoque n'a pas été faite, le démontrent éloquemment. Et l'origine métastatique de cette affection, dont l'histologie diffère totalement de la kératodermie blennorragique, a été établie plus haut.

2. --- OBSERVATION DE JEANSELME ET BLAMOUTIER (RÉSUMÉE)

Il s'agit d'un homme qui eut une première blennorragie en 1916. Cette blennorragie fut incomplètement guérie, et le malade conserva une goutte matinale.

En 1918, le malade fit une crise de rhumatisme polyarticulaire qui céda au salicylate et laissa une insuffisance mitrale.

En 1923, le malade contracte la syphilis, et le 15 août, trois semaines après le début du chancre, apparaissent sur le gland « deux zones congestives, arrondies, non ulcérées, de la grosseur d'une lentille, qui deviennent rapidement

acuminées et se transforment en une sorte de vésicule sèche, avec un couvercle jaunâtre, épais, adhérent. »

Le 10 octobre, on constate deux cônes d'égale dimension, dont la base est large comme une pièce de 50 centimes et le sommet arrondi. Ils sont formés par une sorte de corne dure, de couleur jaune, plus ou moins cuivrée. Autour de ces éléments on distingue *deux anneaux* : le premier blanc grisâtre, le deuxième d'un rose tendre.

Le 12 octobre, nous enlevons ces cornes à la curette. Leur base est formée d'une lame cornée plus mince qu'au sommet ; elle est fortement adhérente à la muqueuse et recouvre une saillie mamelonnée constituée par des papilles dermiques hypertrophiées, rosées, renflées, sinueuses, d'une sensibilité exquise. Sur celles-ci, on prélève une sérosité jaunâtre, qui est étalée sur lames et ensemencée sur gélose ascite.

Dès le lendemain, les bourgeons charnus papillaires se flétrissent, et, au bout de trois jours, il ne reste plus à ce niveau que deux légères papules. Mais toute la moitié droite du gland se recouvre d'une calotte uniforme, kératosique, fissurée par endroits, rappelant l'aspect d'une couche de collodion, qui tombe spontanément dans la huitaine.

Sur les lames, on constate quelques rares diplocoques intra et extra-cellulaires, Gram négatifs, au milieu de rares polynucléaires et de nombreux mononucléaires plus ou moins cytolisés. *On retrouve, d'ailleurs, par la culture, des gonocoques typiques.*

Le malade sort le 25 octobre, on ne trouve plus, à ce moment, sur le gland, que deux petites papules légèrement cuivrées.

« Les dermopathies blennorragiques du gland par infection directe sont connues, mais elles sont ordinairement ulcéreuses. Ce sont des abcès recouverts d'une croûte, en somme un véritable ecthyma gonococcique. Tel n'est pas notre cas, qui, par les divers caractères de ses cônes cornés et de sa papillite sous-jacente, est bien un cas strictement localisé au gland de kératose blennorragique par propagation directe, et non par infection vasculaire sanguine. »

Il nous semble que cette observation peut être comprise tout autrement, et que le malade de JEANSELME et BLAMOUTIER a fait, à plusieurs années d'intervalle, deux poussées septicémiques de sa blennorragie, qui était guérie incomplètement : témoin, sa goutte matinale.

La première poussée s'est manifestée deux ans après le début de la blennorragie par des métastases articu-

lares; et la seconde trois ans plus tard, par une éruption de deux pustules gonococciques sur le gland.

Ceci semble confirmé par l'aspect caractéristique des lésions en cocarde, dans lesquelles on trouve du pus contenant des gonocoques, et par l'évolution des lésions qui débutèrent par « deux zones congestives non ulcérées ».

L'examen histologique des lésions n'a pas été fait. On ne sait pas de façon certaine s'il s'agit d'une croûte ou d'une corne. L'aspect en est celui des *croûtes* qui apparaissent sur les pustules gonococciques à un moment donné de leur évolution, et nous savons de cette affection qu'elle est endogène.

La grandeur des éléments, bien supérieure à celle qui est décrite dans les autres cas de pustules à gonocoques, et leur longue durée d'évolution peuvent s'expliquer, croyons-nous, par le fait qu'ils se développèrent sur une muqueuse, alors que les autres existaient sur la peau. Quant au nombre minime des éléments de cette éruption, qui ne compta que deux pustules, rappelons que la dernière poussée éruptive de notre malade ne consista qu'en deux pustules sur la main gauche.

En outre, ce cas présente une grande analogie avec un cas de kératose (?) blennorragique publié par GRAHAM LITTLE et rapporté par RAMA. Le malade avait eu une blennorragie vingt ans auparavant, et dans l'intervalle plusieurs poussées de rhumatisme.

A la fin de l'article où il publiait l'observation que nous avons en partie reproduite, et qu'il intitulait « Kératose blennorragique ou dermatites gonococciques », le Professeur Du Bois disait :

« Ces considérations pathogéniques, s'ajoutant au fait que la symptomatologie de cette dermatose ne comporte aucun élément véritablement kératosique, sont suffisantes pour faire remplacer la terminologie impropre de *Kératodermie blennorragique* par celle, plus conforme à la nature des faits, de *Dermatite gonococcique*.

Or, d'après tout ce qui précède, nous croyons pouvoir

affirmer qu'on se trouve en présence de deux manifestations cutanées de la septicémie gonococcique, qui diffèrent à coup sûr par leur histologie, et probablement par leur mode de formation.

Les éruptions de pustules à gonocoques, auxquelles il faut réserver le nom de « dermatite gonococcique », sont une *métastase cutanée de la gonococcie*.

Le stade terminal de leur évolution est une *croûte qui n'a rien de corné*. Cette croûte, ainsi que l'a montré Du Bois, est constituée par du pus agglutinant des cellules épidermiques parakératosées.

La Kératodermie blennorragique est une *corne cutanée, au niveau de laquelle on n'a jamais constaté la présence de gonocoques*, et qu'en l'état actuel de la question on doit considérer — croyons-nous — ainsi que le pensaient les premiers observateurs, comme un trouble trophique cutané dû à une irritation médullaire gonococcique.

CONCLUSIONS

Il existe une complication cutanée, métastatique, de la blennorrhagie, qui se manifeste sous forme d'éruptions pustuleuses à gonocoques dont le dernier stade d'évolution est une croûte constituée par du pus agglutinant des cellules épidermiques parakératosées.

Cette complication de la blennorrhagie s'accompagne le plus souvent de phénomènes inflammatoires polyarticulaires intenses, et quelquefois, comme dans notre cas, d'inflammations oculaires. Une prédisposition rhumatismale, peut-être tuberculeuse, doit la favoriser.

Il convient, pour différencier cette dermatose, de lui conserver le nom de « dermatite gonococcique » proposé par Du Bois.

Dès à présent, elle doit être séparée de la kératodermie blennorragique qu'elle simule parfois, et avec laquelle elle paraît pouvoir coexister.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY : Gonococcie métastatique de la peau. *Ann. Derm. et Syph.*, Juin 1905.
- BESANÇON, WEIL et RUBINSTEIN : La gonoréaction dans le diagnostic du rhumatisme blennorragique. *Comptes rendus Soc. Biol.*, 27 Juin 1925.
- BRUUSGAARD et THJOTTA : Un cas de méningite et de purpura gonococciques. Contribution à l'étude de l'infection gonococcique généralisée. *Acta dermato-venereologica* 1925. Vol. 6, p. 262.
- CHAUFFARD : Keratosis blennorragica. *Iconographia dermatologica*. Fasc. V., 1910.
- DEBRÉ et PARAF : Article *Gonococcie* in *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique* (Baillière, ed.), 1922. T. X.
- DU BOIS : Kératose blennorragique ou dermatites gonococciques. *Acta dermato-venereologica* 1924. Vol. V., p. 1.
- FAURE-BEAULIEU : La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant. Thèse de Paris, 1906.
- FAURE-BEAULIEU : La septicémie gonococcique au point de vue clinique et thérapeutique. *Journal Médical Français*, Mars 1926.
- GAGER : Keratosis blennorragica. *Minnesota dermatological society*, 5 août 1912.
- GOTTLIB : La kératose blennorragique. Thèse de Paris, 1905.
- HEWES : Two cases of gonorrheal rheumatism with specific bacterial organism in the blood. *Boston med. and surg. Journal*, 1894. Vol. XXXI., p. 515.
- JACQUET et GHICA : Sur un cas d'arthro-blennorragisme avec troubles trophiques. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 janvier 1897.
- JEANSELME et BLAMOUTIER : Un cas de kératose blennorragique strictement localisée au gland. *Bull. de la Soc. française de Derm.*, 8 déc. 1921.
- LEMIERRE et FAURE-BEAULIEU : Septicémie et pyohémie gonococciques. *Gazette des Hôpitaux*, 1906, pp. 331 et 367.
- MARFAN et DEBRÉ : Gonohémie à manifestations viscérales

- multiples chez une fillette de 10 ans. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3 Juin 1910, p. 712.
- OETTINGER, P.-L. MARIE et MORANGE : Septicémie gonococcique essentielle compliquée d'endocardite et de néphrite. *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 fév. 1914.
- PARAF : La sérothérapie antigonococcique. Thèse de Paris, 1919.
- PAULSEN : Blennorrhæe Exanthème bei Neugeborenen. *Munch. med. Wochenschrift.*, 1901, N° 25.
- PISSAVY et RENDU : Arthrite gonococcique suppurée consécutive à une prostatite latente, datant de 8 ans. *Soc. Mèr. des Hôp.*, 20 Janv. 1911.
- RAMA : La kératose blennorragique. Thèse de Paris, 1922.
- RAVAUT et DUCOURTIOUX : Traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intra-veineuses de sérum antigonococcique. *Ann. de Derm. et de Syph.*, Mai 1927.
- ROBERT : Contribution à l'étude des troubles cutanés trophiques dans la blennorragie. Th. de Paris, 1897.
- ROUX : Contribution à l'étude des dermatoses blennorragiques. Thèse de Toulouse, 1905.
- RYCKEWAERT : Traitement du rhumatisme blennorragique par les injections intra-articulaires de sérum antigonococcique. Thèse de Paris, 1921.
- SCHAEFFER et BARON : Gonococcémie à localisations multiples, articulaires, cardiaque, méningée et cutanée, suivie de guérison. *Paris Médical*, 30 Juillet 1927.
- SOUPLET : La blennorragie maladie générale. Thèse de Paris, 1893.
- VIDAL : Eruption généralisée de croûtes cornées avec chute des ongles, d'origine blennorragique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature. *Bull Soc. de Derm.*, 12 Janvier 1893, p. 3.
- WEISSENBAACH et DREYFUS : *Les accidents sériques. Prophylaxie et traitement*. Doin, éd., Paris 1927.
-

